

Einladung zur CME - Fortbildung wertschätzende Kommunikation

Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall Rosenberg in Theorie und Praxis

Sa., 29. März 2025 | 08:30 - 16:00 Uhr
Dorint Kongresshotel | Selikumer Str. 25 | 41460 Neuss
im Rahmen des NRW Medizin Update Kongress 2025

für niedergelassene Ärzte:innen, angestellte Ärzte:innen, Klinikärzte:innen, Zahnärzte:innen,
Psychologen:innen, Ärzte:innen in Weiterbildung, med. Fachpersonal und Pflegekräfte,
Studierende der Medizin (kostenlose Teilnahme)

- Wie kommunizieren wir?
- Wo liegen die Stärken des gesamten Teams?
- Worin können wir uns noch weiter entwickeln?
- Wie schaffe ich mehr Zufriedenheit bei allen Beteiligten?
- Woran scheitert es an welchen Stellen?
- Welcher Kommunikationstyp bin ich eigentlich?
- Wie kritikfähig ist jede/r Einzelne von uns?
- Praktische Übungen zur Umsetzung / Reflexion
- Wen habe ich gegenüber?
- Was für Bedürfnisse hat mein Gegenüber?
- Wie schaffe ich mehr Zufriedenheit bei allen Beteiligten?
- In welchen Situationen hat mir die Gewaltfreie Kommunikation weitergeholfen?
- Womit habe ich noch Schwierigkeiten in der Anwendung?
- Wie habe ich mich persönlich weiterentwickelt?

7 CME Punkte
ÄkNo | ZAEKNo

Sebastian Hein, Hein Mediation

Fortbildungsgebühr: 98 € netto inkl. Catering und Getränke

Bitte melden Sie sich zeitnah an, die Teilnehmerzahl ist limitiert. Auch Nicht-Mitglieder sind herzlich willkommen.

Wir freuen uns auf einen schönen gemeinsamen Netzwerk-Tag! Ihr NRW-Ärztetzwerk

Fax-Rückantwort bitte senden an: + 49 2150 7052-21

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Meine Anmeldung ist verbindlich, personengebunden und nicht übertragbar.

Mit der Anmeldung erkläre ich mich mit den AGB, nachzulesen auf der Webseite www.nrnw.de einverstanden.

Die Rechnung erhalte ich ca. 14 Tage vor Fortbildung per Mail.

Bitte informieren Sie mich weiterhin über Ihre Fortbildungen und Angebote per Fax und per Mail

Bitte entfernen Sie folgende Faxnummer aus Ihrem Verteiler: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Datum/Ort: _____

Mail: _____

Mobil-Nr.: _____

Praxisanschrift: _____

Unterschrift/Praxisstempel: _____